

Jak je to s kojením a kojeneckou obezitou?

Komentář ke článku Marinov Z., *Pediatr. praxi* 2013; 14(2): 89–92

Pediatr. praxi 2013; 14(6): 403

Reagujeme na článek MUDr. Zlatko Marinova: „Interpretace perinatálních a kojeneckých výživových doporučení z pohledu obezitologa“, ve kterém jsou uvedeny informace zkreslující korektní údaje týkající se výskytu obezity v kojeneckém věku i způsobu její prevence, zejména v souvislosti s výlučným kojením. Rovněž některé další informace týkající se kojenecké výživy nejsou podloženy odpovídajícími citacemi. Proto bychom se chtěly jako dlouholeté pracovnice v oboru k této problematice vyjádřit.

Ke konstatování o nárůstu dětské nadváhy jako selhání obecných výživových doporučení v důsledku vycházení z Gaussovy křivky četnosti, kdy absolutní hodnota doporučení pokrývá metabolické potřeby 95,4 % populace, uvádíme: V článku citovaný zdroj (Scientific Committee for Food, 1993) výslovně uvádí, že tento koncept používaný pro živiny (kdy většina osob, jejichž příjem živin bude odpovídat doporučením, bude přijímat o něco více, než skutečně potřebují, má u živin relativně malý význam a není škodlivá) nemůže být použit pro příjem energie. Ten je stanoven jako průměrná potřeba populační skupiny (tedy množství, které je teoreticky podle Gaussova normálního rozložení individuální potřeby postačující pro 50 % dané populační skupiny a pro 50 % nízké). U nás široce akceptované referenční hodnoty pro příjem živin DACH 2000, které byly přeloženy do češtiny (Výživaservis, 2011, Nevorál a kol, 2003), řadí potřebu energie mezi směrné hodnoty definované jako „pomůcka pro orientaci u živin, kde je potřebná určitá, méně specifická regulace, ale není možné stanovit denní doporučenou dávku s žádoucí přesností“.

Co se týče výskytu kojenecké obezity v ČR, citované údaje (Cattaneo et al., 2010) byly mylně interpretovány. Podíl dětí s nadváhou v kojeneckém věku byl v roce 2001 podle kritérií WHO pouze 1,8 % a s obezitou 0,3 %. Ve věku 1–2 roky trpělo nadváhou 6,6 % a obezitou 1,3 %, nikoliv 29 %, jak mylně uvádí článek MUDr. Marinova. Kritéria WHO jsou při hodnocení českých dětí vhodná zejména pro mezinárodní srovnání a Cattaneo (2010) se také mezinárodnímu srovnání věnuje. Česká republika vyšla v rámci hodnocených zemí jako jedna z nejlepších. Vysoký podíl adolescentů s nadváhou, uvedený navíc bez citace zdroje, tedy nelze zdůvodnit vysokým podílem obézních dětí v jednom roce, tj. v roce 2001.

V letech 2008–2011 proběhla studie růstu českých dlouhodobě kojených dětí (Vignerová et al., 2012), do které bylo zahrnuto 1 765 dětí z celé České republiky. Ve skupině dětí, které byly výlučně kojeny ještě v době pravidelné preventivní prohlídky v 6 měsících, byla při této kontrole zjištěna nadváha pouze u 3 % a obezita pouze u 1 % dětí. Jak počet dlouhodobě výlučně kojených dětí s nadváhou, tak počet dlouhodobě kojených s hmotností v pásmu obezity je hluboko pod očekávaným podílem daným růstovou normou (7 % nadváhy, 3 % obezity). Navíc počty nadváhových i obézních kojců s věkem dále klesaly.

Globální strategie výživy kojců a malých dětí WHO již v roce 2002 stanovila výživová doporučení, která zdůrazňují výlučné kojení 6 měsíců a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem 2 roky i déle (WHO, 2002, WHO, 2011). Řada vyspělých zemí, včetně České republiky, toto doporučení přijala (Pracovní skupina MZd pro výživu dětí, 2013). Zcela zavádějící a zastaralé informace uvádí článek o režimu kojení a jeho omezování (např. přikládat kojence k prsu max. na 20 minut, kojít v režimu 5 + 2, kojít ad libitum pouze ze zdravotní indikace). Doporučení, že děti mají být kojeny podle potřeby, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu, patří mezi základní postuláty WHO. Omezované kojení může být příčinou neprospívání dítěte, vede k předčasnému ukončení kojení a u matky může vést k problémům s prsy (WHO, 1989).

Bez specifikace receptur a typu příkrmu nelze paušálně tvrdit, že nemléčný příkrm má nižší energetickou densitu než mateřské mléko. Např. obsah energie orientačně zjišťovaný u výrobků na trhu se pohybuje kolem 5 kJ na 1 gram hotové kaše, zatímco energetická densita mateřského mléka je 2,8 kJ/g. Dřívější zavádění příkrmu může přinášet riziko dřívějšího ukončení kojení (Simard et al., 2005) a vyšší riziko obezity v pozdějším věku (Chivers et al., 2010). Rozhodně nebude zavádět příkrm (nemléčnou stravu) u dítěte před ukončením 4. měsíce, v takovém případě se dítě dokrmuje formulí (Pracovní skupina MZd pro výživu dětí, 2013). Názor na nedostatečné množství železa v mateřském mléce není opodstatněný, neboť výzkumy spolehlivě dokázaly, že mateřské mléko zdravých žen dokáže pokrýt potřeby dítěte nejméně v prvním půlroce života (Soh P. et al., 2004). I když je železa v mateřském

mléce méně, jeho biologická dostupnost je výsoce nadprůměrná, o 50–70 % větší než z umělé výživy (4–10 %).

Doporučení nemléčných příkrmů od 4. měsíce podávané za stolem není reálné, protože čtyřměsíční dítě nevládne sedět za stolem. Chybí praktické doporučení, co má matka udělat pro snížení energetické hodnoty porce o uvedených 10 až 20 %. Názor na doplňování tekutin zhruba už s nástupem příkrmů není opodstatněný vzhledem k tomu, že je prokázáno, že kojené děti nepotřebují cca do 10. měsíce žádnou tekutinu navíc.

Zajištění tepelné pohody kojence nošením čepičky a dalšího doporučovaného oblečení v létě by mohlo vést k přehřátí dítěte, což je nebezpečné mj. i pro vyšší riziko výskytu syndromu náhlého úmrtí. Nošení čepičky v domácím prostředí se všeobecně nedoporučuje.

K názoru, že výlučné kojení nad 9 měsíců přináší zvýšené kardiovaskulární riziko, lze uvést, že v ČR matky výlučně kojí déle než 9 měsíců velmi ojediněle. Pokud měl autor na mysli kojení jako takové, pak je potřebné uvést, že pokračování v kojení představuje významnou část výživy i po prvním roce života.

Kromě těchto základních připomínek a chybějících odkazů na odbornou literaturu u mnoha kontroverzních názorů lze komentovanému článku vytknout i nepřesnou terminologii. Např. všechny fáze přeměny mateřského mléka od kolostra přes přechodné na zralé mléko jsou mateřským mlékem. Pro mléko po přechodném mléku se používá termín zralé, což je terminus technicus (UNICEF, 2011).

Závěrem si dovoluujeme vyslovit přesvědčení, že zejména v péči o děti nejnižších věkových kategorií je nutno vycházet z nejnovějších vědeckých poznatků a respektovat mezinárodně doporučované postupy.

Ing. Jana Vignerová, CSc., Laktační liga, o.s.

MUDr. Anna Mydlilová, Národní laktační centrum, Thomayerova nemocnice v Praze

MUDr. Eva Kudlová, CSc., Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Mgr. Markéta Paulová, PhD., Státní zdravotní ústav, Centrum podpory veřejného zdraví

RNDr. Jitka Riedlová, Ústav anatomie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze